

DÉCISION

Introduction

1. La réclamante dont il est question dans la présente cause est infectée par le VHC. Elle a reçu une transfusion de sang au cours de la période visée par les recours collectifs. Une enquête de retraçage n'a pas permis de conclure qu'une unité de sang qu'elle avait reçue était VHC positive. Ces trois faits non contestés auraient normalement été suffisants pour établir son droit à une indemnisation. Toutefois, il y a un quatrième fait non contesté : la réclamante a des antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance. Compte tenu de cette réalité supplémentaire, la réclamante devait prouver, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle avait été infectée pour la première fois par suite de sa transfusion de sang. L'Administrateur a conclu qu'elle ne s'était pas acquittée du fardeau de la preuve et a rejeté sa réclamation. La réclamante en a appelé de la décision en question.

Les dispositions pertinentes du Régime et le Protocole approuvé par les tribunaux

2. Le Régime à l'intention des transfusés infectés par le VHC constitue l'annexe A de la Convention de règlement relative à l'hépatite C (1986-1990) conclue le 15 juin 1999 entre les gouvernements participants et les demandeurs des recours collectifs relatifs à l'hépatite C. L'article 1.01 du Régime définit la « personne directement infectée » de manière à ce que, sous réserve de certaines exceptions, il soit présumé qu'« une personne qui a reçu une transfusion de sang au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs et qui est ou a été infectée par le virus de l'hépatite C » a ainsi été infectée par sa transfusion de sang. Deux exceptions ont une importance particulière dans la présente cause.
3. La première exception s'applique à toute personne qui « a fait usage de drogues intraveineuses sans ordonnance ». Dans ce cas, l'article 1.01 précise que la

personne doit « établir selon la prépondérance des probabilités, qu'elle est ou a été infectée pour la première fois par le VHC par suite d'une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs ». Cette exception est reprise au paragraphe 3.01(3) du Régime qui stipule qu'un réclamant qui a fait usage de drogues intraveineuses sans ordonnance doit, en plus de fournir la preuve qu'il a reçu une transfusion de sang au cours de la période visée par les recours collectifs, « fournir à l'Administrateur d'autres éléments de preuve établissant, selon la prépondérance des probabilités, qu'il a été infecté pour la première fois par le VHC » par suite d'une telle transfusion.

4. La deuxième exception a trait à la procédure de retraçage. Cette procédure est définie au paragraphe 1.01 comme étant « une recherche ciblée et une enquête au sujet des donneurs et/ou des unités de sang reçues par une personne infectée par le virus de l'hépatite C ». L'article 3.04 du Régime stipule que le réclamant n'est pas admissible à une indemnisation si la procédure de retraçage démontre soit qu'il a reçu une transfusion de sang infecté par le virus de l'hépatite C avant la période visée par les recours collectifs, soit qu'aucun sang que le réclamant a reçu par voie de transfusion au cours de la période visée par les recours collectifs n'était infecté par le virus de l'hépatite C. Étant donné que la procédure de retraçage effectuée dans la présente cause n'est pas concluante à savoir si la réclamante a reçu ou non une transfusion de sang infecté par le virus de l'hépatite C au cours de la période visée par les recours collectifs, cette exception ne s'applique pas. Elle fera néanmoins l'objet d'observations supplémentaires dans le cadre de la présente décision.
5. En plus des dispositions pertinentes du Régime, les tribunaux ont exercé leur autorité, conformément au paragraphe 10.01 (1) (h) de la Convention de règlement, d'émettre des « protocoles approuvés par les tribunaux » (PAT) afin de réglementer l'administration du Régime. Le PAT d'importance pour la présente cause est le PAT qui traite de l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance. J'y fais référence ci-dessous en omettant seulement les dispositions

qui ne s'appliquent pas à la présente cause. Comme le PAT se réfère à l'article 3.03 du Régime, je cite le libellé de cette disposition. J'ajoute également entre crochets une note explicative personnelle.

1. Le présent PAT s'applique :
 - (a) lorsqu'il y a une admission à l'effet que la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC a fait usage de drogue intraveineuse sans ordonnance;
[(b) et (c) omis]
2. L'Administrateur doit être convaincu, selon la prépondérance des probabilités, que :
 - [(a) omis]
 - (b) la personne infectée par le virus de l'hépatite C a été infectée par le virus de l'hépatite C pour la première fois :
 - (i) par une transfusion de sang reçue au Canada au cours de la période visée par les recours collectifs;
[(ii) et (iii) omis]
3. Le fardeau de la preuve d'admissibilité repose sur le réclamant.
L'Administrateur assiste le réclamant en lui conseillant le type de preuve qui sera utile pour s'acquitter du fardeau de la preuve en conformité avec le présent Protocole.
4. L'Administrateur doit demander la tenue d'une enquête conformément au Protocole concernant les critères relatifs à la procédure d'enquête, à moins que : [(a) et (b) omis]
5. [omis]

6. Si le résultat de la procédure d'enquête est tel qu'en vertu du Protocole concernant les critères relatifs à la procédure d'enquête, l'Administrateur doit rejeter la réclamation de la personne Infectée par le VHC, l'Administrateur doit rejeter la réclamation. [Comme la procédure d'enquête effectuée dans le cadre de la présente cause n'a pas été concluante à savoir si la réclamante avait reçu ou non une transfusion de sang infecté par le VHC au cours de la période visée par les recours collectifs, l'Administrateur n'aurait pas rejeté la réclamation. Il aurait plutôt accepté sa réclamation si ce n'eut été de l'admission par la réclamante de son utilisation de drogue intraveineuse sans ordonnance.]
7. L'Administrateur ne peut accepter une réclamation sur la base des résultats obtenus suite à la procédure d'enquête sans procéder aux enquêtes complémentaires prévues à l'article 8 du présent Protocole.
8. Lorsque la réclamation n'est pas rejetée en vertu du Protocole concernant les critères relatifs à la procédure d'enquête, l'Administrateur doit entreprendre les enquêtes complémentaires suivantes :
 - a) obtenir, conformément à l'article 3.03, toute information additionnelle qu'il estime nécessaire afin de lui permettre de rendre une décision éclairée. L'article 3.03 du Régime énonce ce qui suit: « Si l'administrateur l'exige, quiconque prétend être une personne infectée par le VHC doit aussi lui fournir : tous les dossiers médicaux, cliniques, d'hôpital ou autres en sa possession, sous son contrôle ou sous son pouvoir; (b) un consentement autorisant la remise à l'administrateur de ces dossiers médicaux, cliniques et d'hôpital ou d'autres renseignements sur sa santé que l'administrateur peut exiger; (c) un consentement à la procédure d'enquête; (d) un consentement à un examen médical indépendant; (e) des déclarations de revenu et

autres documents et comptes relativement à la perte de revenu; (f) les autres renseignements, documents, comptes ou consentements à des examens que l'administrateur peut exiger pour décider si le réclamant est une personne infectée par le VHC ou non ou pour traiter la réclamation. Si une personne refuse de produire l'un ou l'autre des renseignements, documents ou autres éléments susmentionnés qu'elle a en sa possession, sous son contrôle ou sous son pouvoir, l'administrateur doit rejeter la réclamation.

- (b) obtenir une opinion médicale d'un spécialiste expérimenté dans le traitement et le diagnostic de l'infection par le VHC pour savoir si l'infection par le VHC et l'évolution de la maladie de la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC correspondent davantage à une infection survenue au moment (selon le cas) de la réception de sang, des transfusions sanguines reçues pendant la période visée par les recours collectifs ou de l'infection indirecte plutôt qu'à une infection survenue au moment de l'utilisation de drogue intraveineuse sans ordonnance, et ce, à la lumière de l'ensemble de la preuve médicale.

- 9. L'Administrateur doit soupeser l'ensemble de la preuve obtenue incluant la preuve obtenue à la suite des enquêtes complémentaires prévues par le présent Protocole et déterminer, selon la prépondérance des probabilités, si la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC a répondu aux critères d'admissibilité.
- 10. En soupesant la preuve selon le présent Protocole, l'Administrateur doit être convaincu que l'ensemble de la preuve est suffisamment complète dans toutes les circonstances du cas particulier pour lui permettre de

rendre une décision. Si l'Administrateur n'est pas convaincu que la preuve est suffisamment complète, l'Administrateur doit rejeter la réclamation.

11. Lors d'enquêtes complémentaires, l'Administrateur peut notamment requérir les éléments de preuve suivants :

[(a) omis]

(b) les dossiers médicaux et cliniques de toutes les hospitalisations et de tous les médecins traitants de la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC pour la période de temps que l'Administrateur estime pertinente;

(c) l'historique des dons, les renseignements sur les maladies transmises, les cotes d'exclusion et les résultats de toute recherche de dons de sang antérieurs par la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC auprès de la Société canadienne du sang et/ou d'Héma-Québec;

(d) un affidavit de la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC (si elle n'est pas décédée) et d'une personne qui a connu la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC au moment où elle a fait usage de drogue intraveineuse sans ordonnance, décrivant :

i. si les accessoires utilisés pour l'injection de drogue étaient stérilisés;

ii. si la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC a partagé des seringues; et

iii. la meilleure estimation du nombre de fois et de la période au cours de laquelle la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC a fait usage de drogues intraveineuses

sans

ordonnance

[(e) et (f) omis]

12. Bien qu'aucun de ces facteurs ne puisse s'avérer concluant dans un cas individuel parce que l'Administrateur doit considérer l'ensemble de la preuve, les facteurs suivants sont des exemples de preuve qui appuieraient une constatation à l'effet que la personne alléguant être une personne infectée par le VHC serait admissible :
- (a) l'identification d'une transfusion de sang au cours de la période visée par les recours collectifs d'un donneur anti-VHC positif;
 - (b) la personne infectée par le VHC était âgée de moins de 18 ans au moment de la réception de sang ... pour les transfusions au cours de la période visée par les recours collectifs
 - (c) une preuve fiable établit que l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance a eu lieu après le 1^{er} juillet 1990;
 - (d) des antécédents de VHC qui sont plus compatibles avec le moment de :
 - [i. omis]
 - ii. les transfusions de sang reçues au cours de la période visée par les recours collectifs pour lesquelles un donneur anti-VHC positif a été retracé ou dont le statut du donneur demeure inconnu; ou
 - [iii. omis]
 - (e) une preuve raisonnablement fiable que les antécédents d'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance sont subséquents à... la date des transfusions de sang reçues au cours de la période visée par les recours collectifs...
 - (f) une preuve raisonnablement fiable qui établit que l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance s'est limité à une seule occasion et a été fait avec de l'équipement stérile non partagé; et
 - (g) les dossiers médicaux ne révèlent pas d'antécédents d'hépatite non spécifique, d'hépatite B ou d'hépatite Non-A Non-B avant la date... des transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs...

13. Bien qu'aucun de ces facteurs ne puisse être concluant dans une situation particulière étant donné que l'Administrateur doit considérer l'ensemble de la preuve, les facteurs suivants constituent des exemples de preuve défavorables à une conclusion selon laquelle la personne qui prétend est une personne infectée par le VHC :

a) absence de donneur VHC positif pour les transfusions sanguines reçues au cours de la période visée par les recours collectifs;

b) une évolution de la maladie qui correspond davantage à une infection survenue au moment de l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance:

[i. omis]

ii. les transfusions au cours de la période visée par les recours collectifs pour lesquelles un donneur anti-VHC positif a été retracé ou dont le statut du donneur demeure inconnu; ou

[iii. omis]

(c) une preuve raisonnablement fiable qui indique que l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance a eu lieu à plus d'une occasion ou a été fait avec des accessoires non stérilisés ou partagés;

d) les dossiers médicaux indiquent des antécédents d'hépatite non spécifique, d'hépatite B ou d'hépatite Non-A Non-B avant la date des transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs ou la date de l'infection indirecte alléguée, selon le cas;

e) la personne qui présente la réclamation refuse de permettre à

l'Administrateur d'interroger une personne qui, de l'avis de l'Administrateur, est susceptible de donner des renseignements sur l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance ou sur les antécédents de maladie de la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC;

f) le dossier d'un donneur de la SCS ou d'Héma-Québec qui indique que la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC :

- i. a subi un test confirmant la présence d'anticorps de l'hépatite B;
 - ii. a donné du sang avant de recevoir les transfusions sanguines au cours de la période visée par les recours collectifs ou avant la date de l'infection indirecte alléguée, selon le cas, et les tests sur les dons ou les receveurs des dons au cours de la période antérieure à la période visée par les recours collectifs ont par la suite confirmé la présence d'anticorps de l'hépatite C;
- g) le dossier indique, de quelque autre manière, une infection par le VHC par un usage de drogue intraveineuse sans ordonnance survenu avant les transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs ou avant la date de l'infection indirecte alléguée, selon le cas.

Les déclarations et la preuve de la réclamante

6. Au début du processus de réclamation, soit le 23 septembre 2004, avant que l'Administrateur n'ait obtenu de documents médicaux, la réclamante a rempli un affidavit intitulé « Autre formulaire d'enquête sur les facteurs de risque ». Le formulaire en question lui demandait de décrire son utilisation de drogues

intraveineuses sans ordonnance. Elle a indiqué qu'entre 1977 et 1988, alors qu'elle était âgée de 16 à 27 ans, elle avait fait usage de Dilaudid et d'héroïne à plus de 30 reprises. Le formulaire ne comprenait pas de case à cocher pour un nombre plus élevé d'utilisation de drogues. Le formulaire demandait également : « Avez-vous partagé des seringues? ». Elle a répondu « Non »¹ à cette question. Un deuxième formulaire rempli par son médecin traitant également en date du 23 septembre indiquait : « la patiente admet son utilisation »².

7. Deux ans plus tard, soit le 22 août 2006, la réclamante a rempli un autre affidavit qui n'était pas un document sous forme de formulaire comprenant des questions préparées ou des suggestions de réponses. Par l'entremise de l'affidavit en question, la réclamante a fait les déclarations assermentées suivantes. En juillet 1987, à l'âge de 25 ans, elle avait reçu une transfusion de quatre unités de sang. Elle avait été diagnostiquée comme étant atteinte d'hépatite C en 1993. Elle avait utilisé des drogues intraveineuses sans ordonnance avant cette transfusion comme suit : sporadiquement, de 1980 à 1983, quand elle avait utilisé du Dilaudid environ dix fois; suivi de deux ans où elle avait voyagé et n'avait pas utilisé de drogues; sporadiquement de nouveau, entre 1985 et 1987, quand elle avait utilisé du Dilaudid, de l'héroïne et de la cocaïne sans indication du nombre de fois; suivi par une période d'abstinence de quelques mois; suivi par une utilisation les fins de semaine de 1987 jusqu'à juillet 1989, moment où elle avait cessé de faire usage à la fois de drogues et d'alcool. Plus loin dans son affidavit, elle avait déclaré que sa mère était une infirmière qui conservait des stocks à la maison et qu'elle en prenait pour ses fins. Elle a déclaré qu'elle s'approvisionnait également auprès de trafiquants et plus tard, aux pharmacies. Elle a soutenu qu'elle était une utilisatrice en cachette et qu'elle n'avait pas partagé de drogues avec d'autres et qu'elle utilisait sa propre cuillère, ses propres filtres à cigarettes et ses propres seringues, utilisant une petite quantité d'eau de Javel mélangée à de l'eau pour les nettoyer.

¹ Pièce 1, page 60.

² Pièce 1, page 45.

Elle a de nouveau nié avoir partagé des seringues avec d'autres utilisateurs de drogues intraveineuses sans ordonnance.³

8. Sous serment lors de l'audition, la réclamante a déclaré qu'avant 1987, elle s'était injecté des drogues sans ordonnance entre 10 et 15 fois, mais qu'elle n'était pas dépendante. Elle a déclaré qu'elle s'était injecté des drogues entre 1987 et 1992, mais sans indiquer le nombre de fois. Elle a déclaré qu'avant 1992, quand elle avait été diagnostiquée comme étant atteinte d'hépatite C, elle était dépendante. Elle a déclaré qu'elle s'était injecté du Dilaudid et de l'héroïne par les bras. Elle a déclaré qu'elle payait 200 \$ le gramme pour ces drogues et qu'elle ne les partageait pas ainsi que ses accessoires d'injection avec d'autres personnes. Elle a déclaré qu'avant 1987, elle se faisait des injections surtout chez sa mère, dans la salle de bains. Elle écrasait la drogue dans l'eau, la chauffait dans une cuillère en utilisant un briquet et la mettait ensuite dans une seringue. Elle a déclaré qu'elle savait que les seringues étaient stériles, parce qu'elle les prenait des réserves de sa mère, qui était infirmière ou les achetait de son trafiquant de drogues. Elle a déclaré qu'elle savait par sa mère et d'autres personnes qu'il était important d'être propre. Elle a déclaré que quand elle était 'high', elle demeurait seule dans sa chambre, en partie, parce qu'elle ne voulait pas que sa famille sache, en partie parce qu'elle préférait jouir de ses 'high' en privé et en partie, parce qu'elle ne voulait pas que d'autres la jugent ou la stigmatisent. Elle a nié qu'elle n'avait jamais souffert de septicémie, communément appelée la fièvre du coton, qu'elle n'avait jamais été diagnostiquée comme souffrant d'endocardite, qu'elle n'avait jamais eu d'abcès aux endroits où elles s'injectait ou qu'elle n'avait jamais fait de surdoses. Puis, contrairement à certains éléments de preuve qu'elle venait de fournir, la réclamante a déclaré qu'elle s'était abstenue de faire usage de drogues intraveineuses entre 1989 et 1999, mais qu'elle avait fait une rechute en 1999 qui s'est prolongée jusqu'en 2001 alors qu'elle s'est inscrite à un programme accéléré de désintoxication pour opiacés. Elle a nié qu'elle avait des marques de traces ou des lésions cicatricielles sur les bras causées par les injections de drogues, mais,

³ Pièce 1, page 280.

selon ma compréhension de sa preuve, elle disait seulement qu'elle n'avait plus de telles marques et non pas qu'elle n'avait jamais eu de telles marques. En contre-interrogatoire, elle a reconnu avoir un vague souvenir d'un rapport médical rédigé en 1989 qui indiquait « lésions cicatricielles marquées sur les veines de l'avant-bras »⁴. Elle a nié n'avoir jamais été une grande utilisatrice, n'avoir jamais été sans foyer ou n'avoir jamais souffert de sous-alimentation.

9. La réclamante a ensuite témoigné au sujet de l'accident de voiture de juillet 1987 qui avait entraîné une hospitalisation et qu'elle avait alors reçu pour la première et la seule fois de sa vie une transfusion de sang. Elle a également témoigné au sujet de son exposition à une autre source potentielle d'infection à l'hépatite C en niant qu'elle ne s'était jamais fait tatouer. Finalement, elle a reconnu que les rapports d'hôpital de l'époque indiquaient qu'elle avait été exposée à l'hépatite B⁵. Comme une telle exposition est une considération pertinente conformément aux paragraphes 12 (g) et 13 (d) du PAT, la réclamante a tenté d'expliquer cette exposition en témoignant au sujet de ses voyages avant 1987. Elle a déclaré qu'en 1983, elle s'était rendue au Maroc pour un mois et demi et ensuite aux Îles Canaries pour quatre mois. Elle a déclaré qu'elle s'était également rendue aux Bahamas et au Mexique en 1986 et 1987.
10. En contre-interrogatoire, la réclamante a exprimé une certaine incertitude à savoir si elle avait été diagnostiquée comme étant atteinte d'hépatite C en 1992 ou en 1993. Cependant, elle a insisté qu'elle n'avait pas fait usage de drogues intraveineuses pendant une courte période en 1987 et ensuite, entre juillet 1989 et 1999. Elle a également déclaré qu'elle ne pouvait pas voir comment sa rechute en 1999 avait un lien quelconque avec son appel. On lui a alors demandé d'expliquer l'écart entre son témoignage et les renseignements contenus dans un rapport médical datant de mai 2004 qui indiquait qu'elle avait commencé à faire usage de drogues intraveineuses à l'âge de 16 ans, qu'elle avait subi une rechute en 1991,

⁴ Pièce 1, page 184.

⁵ Pièce 1, page 101.

non pas en 1999, et qu'elle avait continué à faire usage de drogues intraveineuses de 1991 à 2001.⁶ La réclamante a avoué que le médecin en question aurait obtenu cette information d'elle, mais elle a néanmoins nié son exactitude, affirmant à la fois que sa rechute s'était produite de 1999 à 2001, non pas de 1991 à 2001, qu'elle avait utilisé des drogues intraveineuses pour la première fois en 1980, alors qu'elle avait 18 ans. On lui a fait remarquer que selon son premier affidavit en 2004, elle avait commencé à faire usage des drogues en 1977, alors qu'elle avait 16 ans. Elle a alors reconnu qu'elle avait peut-être commencé à en faire usage en 1978, alors qu'elle avait 17 ans. Confrontée de nouveau à l'affidavit en question qui ne comprenait pas de case à cocher pour un nombre d'utilisations supérieures à 30, elle a reconnu qu'avant juillet 1989, elle avait utilisé des drogues intraveineuses jusqu'à 50 ou 100 fois. Elle a soutenu que ce n'était pas inconséquent avec son témoignage précédent dans le sens où avant 1987, elle avait seulement utilisé des drogues intraveineuses entre 10 et 15 fois, parce que ces derniers chiffres ne comprenaient pas ses utilisations après son accident de 1987. Lors du nouvel interrogatoire, elle a déclaré que son utilisation de drogues intraveineuses avait augmenté après son accident de 1987 comme moyen de contrôler la douleur qu'elle avait éprouvée suite à l'accident. Elle a soutenu qu'avant l'accident, elle n'était pas dépendante.

11. La réclamante a été interrogée sur sa pratique présumée de ne pas partager ses seringues. On lui a suggéré que cette précaution ne concordait pas avec sa volonté apparente de prendre d'autres risques avec sa santé, particulièrement en ayant des relations sexuelles non protégées avec de nouveaux partenaires telles que documentés dans les notes de son médecin.⁷ La réclamante n'a pas contesté l'exactitude des notes du médecin et a déclaré, au cours du nouvel interrogatoire, que sa principale crainte lors de ses relations sexuelles non protégées était de tomber enceinte. En contre-interrogatoire, elle n'a pas reconnu que son comportement sexuel pourrait avoir été lié à ses accoutumances à la drogue. On

⁶ Pièce 1, page 215.

⁷ Pièce 1, pages 159, 161, 162.

lui a fait remarquer que la preuve indiquait qu'elle avait elle-même combiné l'utilisation de drogues et de sexe. Une note de son médecin datant de 1992 faisait état d'une rencontre sexuelle récente et indiquait ce qui suit : « la première fois qu'elle n'avait jamais eu de relations sexuelles sans drogue ou alcool. »⁸ La réclamante a nié n'avoir jamais eu de relations sexuelles sans prendre de drogues et elle a déclaré que lorsqu'elle avait des relations sexuelles après avoir consommé de la drogue, les drogues en question n'étaient pas toujours des drogues intraveineuses. Elle a soutenu qu'en raison du puissant effet « stone » que la drogue produisait, elle avait surtout fait usage de drogues intraveineuses en privé, soit chez sa mère, soit chez elle. Cependant, elle a reconnu qu'elle combinait effectivement parfois le sexe et l'utilisation de drogues intraveineuses et que ses partenaires sexuels pouvaient également, à ces occasions, utiliser des drogues intraveineuses. Elle a néanmoins soutenu que cela s'était produit à l'occasion, et qu'à ces occasions, elle n'avait jamais partagé de seringues ou de drogues intraveineuses elles-mêmes, car la drogue coûtait cher. Elle a nié ne pas pouvoir se souvenir d'avoir partagé des seringues ou des drogues parce qu'elle était 'high' ou parce qu'elle buvait également de l'alcool. Elle a dit qu'elle n'avait jamais combiné drogues intraveineuses et alcool. Elle a témoigné qu'elle conservait ses drogues et ses accessoires pour elle-même dans une bourse qu'elle cachait. Elle a déclaré avoir utilisé des seringues qui provenaient d'emballages individuels bien qu'elle ait reconnu qu'elle réutilisait parfois ses propres seringues.

Preuve d'expert présentée par la réclamante

12. La **Dre Margaret (Peggy) Millson** a témoigné à titre d'experte lors de l'audition. On m'a remis des copies et du curriculum vitae⁹ de 30 pages à simple interligne de la Dre Millson, et une version abrégée¹⁰ qui se lit comme suit.

⁸ Pièce 1, page 157.

⁹ Pièce 3.

¹⁰ Pièce 3a.

La Dre Millson est professeure associée au département des sciences de la santé publique (Unité des études sociales, comportementales et épidémiologiques en matière de VIH) à l'Université de Toronto, axée particulièrement sur les maladies infectieuses transmises sexuellement et par le sang. De 2000 à 2005, elle était une chercheuse scientifique financée par le Réseau de traitement du VIH de l'Ontario, où elle est maintenant une préposée principale à la recherche. Elle est médecin détenant une maîtrise ès sciences en santé communautaire et en épidémiologie et est associée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en médecine communautaire. En 1991, elle a obtenu une bourse de recherche postdoctorale en VIH/SIDA. Au milieu des années 80, la Dre Millson a travaillé comme médecin de santé publique au programme sur le VIH/SIDA et les maladies transmissibles sexuellement au département de la santé de la ville de Toronto. Depuis 1987, elle est directrice ou co-directrice de recherche pour 38 projets de recherche reliés au VIH et plus récemment au VHC, y compris des études de prévention, de réduction des méfaits, du VIH dans les prisons, de la notification aux partenaires, des aspects psychologiques liés à la vie avec le VIH pour les femmes, des soins en matière de VIH pour les populations marginalisées et des coûts liés au VIH en Ontario. Elle a évalué les programmes de réduction des méfaits, y compris la conduite de la première évaluation du programme d'échange de seringues de la santé publique de Toronto et une évaluation de la réduction des méfaits des programmes de traitement d'entretien à la méthadone axée sur les échanges de seringues à Kingston et à Toronto. Elle a publié plus de 160 articles de journal approuvés par des collègues, des chapitres de livres et des résumés dans les domaines du VIH/SIDA et de la réduction des méfaits. Elle enseigne un cours supérieur sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses pour le département des sciences de la santé publique à la faculté de médecine de l'Université de Toronto, et elle enseigne la réduction des méfaits au sein du programme d'études en toxicomanie à l'Université de Toronto. Elle est présentement la directrice de recherche de l'Ontario auprès de l'Agence de la santé publique du Canada pour l'étude I-Track - Surveillance améliorée des comportements à risque du VIH/VHC chez les utilisateurs de drogues

intraveineuses au Canada. Elle a été l'auteure principale d'un rapport intitulé « Injection Drug Use, HIV and HCV Infection in Ontario : The Evidence 1992-2004 », rédigé par une équipe de recherche de l'Université de Toronto, de l'Université d'Ottawa et du Centre de toxicomanie et de santé mentale. Elle est également membre de l'équipe qui a rédigé le document « Best Practices for Needle Exchanges in Ontario » (Meilleures pratiques en échanges de seringues en Ontario), document qui a remporté le Kaiser award pour leadership national en réduction des méfaits en 2006.

13. Dans une lettre adressée à la réclamante et déposée comme preuve¹¹, la Dre Millson cite certaines conclusions de son rapport en co-rédaction intitulé « Injection Drug Use, HIV and HCV Infection in Ontario : The Evidence 1992-2004 ». La lettre de la Dre Millson a fait certains commentaires à savoir comment l'on devrait, selon elle, aborder les questions de droit. Les parties pertinentes de la lettre se lisent comme suit :

Selon les études sur les utilisateurs de drogues intraveineuses en Ontario, la fréquence de l'hépatite C a varié entre 76 % à Ottawa à 54 % à Toronto; dans votre maison originale de _____, la fréquence indiquée dans une étude de 2003 financée par l'Agence de la santé publique du Canada était [d'environ 60 %; je n'ai pas indiqué le chiffre exact parce qu'il pourrait permettre au lecteur d'identifier la ville natale de la réclamante]; cette étude a été répétée en 2004 et en 2005, avec la fréquence d'hépatite C indiquée [d'environ 69 % et 58 %].

La plupart des participants à ces études sont des personnes qui s'injectent depuis relativement longtemps et qui fréquentent des programmes d'échange de seringues. Même au sein de ces populations à risque relativement élevé, au moins 40 % ou plus des participants sont VHC

¹¹ Pièce 4. La lettre n'était pas datée mais la Dre Millson a déclaré qu'elle avait été rédigée vers la fin de 2007.

négatifs. Étant donné vos antécédents d'injection à un âge relativement jeune et compte tenu que vous ne partagiez pas vos accessoires, l'on pourrait s'attendre à ce que votre risque soit significativement plus faible que celui-ci. En fait... sans partage d'accessoires, le risque devrait être de zéro ou près de zéro.

J'ai parlé à d'autres utilisateurs de drogues intraveineuses qui déclarent ne jamais partager leurs accessoires, mais qui ont reçu des transfusions et qui sont VHC positifs. À mon avis, la source probable d'infection devrait être évaluée en fonction des antécédents spécifiques des risques de l'utilisation d'injections. J'estime qu'il est inopportun de prétendre que tous les utilisateurs de drogues intraveineuses, indépendamment de leurs comportements à risque, ont été infectés de cette façon.

14. La Dre Millson a fourni des preuves supplémentaires lors de son témoignage oral donné lors de l'audition. Je résumerais sa preuve et ses avis les plus importants comme suit.
15. Lors de l'examen principal, on a demandé à la Dre Millson si elle pouvait évaluer le risque d'infection par l'hépatite C par suite d'une transfusion de sang reçue en 1987. Elle a répondu qu'elle comprenait que son collègue et coauteur, le Dr Robert Remis, évaluait ce risque à environ 1,25 % et 1,3 % par transfusion, avec une transfusion moyenne comprenant entre 4 et 5 unités de sang¹². En conséquence, le risque d'infection par unité de sang transfusé, selon elle, pourrait être évalué à environ un quart de 1 % ou de 0,25 %. Elle a expliqué, cependant, que si une unité de sang transfusé était en fait infectée par le virus de l'hépatite C, le receveur serait conséquemment certainement infecté. C'est parce que « la charge virale » d'une unité de sang serait suffisamment importante pour assurer la

¹² Elle s'est posé la question à savoir si le risque d'infection serait plus élevé que celui couru dans le cas des unités de sang qui ne pouvaient pas être retracées, suggérant peut-être qu'un certain nombre de ces donneurs pourraient, en effet, avoir été infectés par l'hépatite C et subséquemment, en devenir malades ou en mourir par la suite, expliquant ainsi l'échec des retraçages. Cependant, ses évaluations n'ont pas tenu compte de cette possibilité, et moi non plus.

transmission du virus. La Dre Millson est allée plus loin lors du contre-interrogatoire en expliquant que bien que le virus soit fortement infectieux, la charge virale d'une goutte de sang ne pourrait pas être assez importante pour assurer sa transmission, surtout si le sang était dilué dans l'eau. À cet égard, elle a déclaré qu'elle évaluait que le risque d'infection par l'hépatite C due à une blessure avec seringue infectée était d'environ 1 %. Elle a déclaré qu'elle estimerait que le risque d'infection par l'hépatite C dû au partage d'une seringue ou d'eau infectée serait environ le même. Mais elle a également reconnu, conformément à sa propre étude démontrant les niveaux élevés d'infection par l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues intraveineuses, que le risque statistique qu'une seringue ou une eau partagée par les utilisateurs de drogues intraveineuses serait infectée par l'hépatite C devrait être estimé au minimum à 50 %. Pour résumer, sa preuve était que bien que le risque qu'une unité de sang transfusé ait été infectée par l'hépatite C était faible, soit de 0,25 %, le risque de transmission du virus par la transfusion d'une unité de sang infecté était de 100 %. D'autre part, bien que le risque statistique qu'une seringue ou une eau partagée par les utilisateurs de drogues intraveineuses était infectée par l'hépatite C était élevé, soit au moins de 50 %, le risque de transmission du virus par le partage de cette seringue ou eau était seulement de 1 %. Avec l'aide du conseiller juridique de l'Administrateur, ces risques comparatifs ont été exprimés mathématiquement lors de l'audition comme suit : le premier risque est de $0,0025 \times 1 = 0,0025$ ou de 1 sur 400; le deuxième risque est de $0,5 \times 0,01 = 0,005$ ou 1 sur 200. En conséquence, bien que la preuve de la Dre Millson était, de l'avis de tous, seulement fondée sur des moyennes statistiques et des estimations, elle suggérait que le risque d'infection par le partage d'une seringue ou d'eau par les utilisateurs de drogues intraveineuses à une seule occasion était au moins deux fois plus important que le risque d'infection pour le receveur d'une simple unité de sang transfusé.

16. La Dre Millson a également expliqué certaines similarités et différences entre l'hépatite A, B et C.

17. Elle a déclaré que bien que l'hépatite A est généralement contractée en voyageant dans des pays du Tiers-Monde, l'hépatite B est moins généralement contractée de cette façon.
18. Elle a expliqué que l'hépatite B et l'hépatite C sont similaires en ce que les deux hépatites sont des virus transmissibles par le sang qui peuvent être transmis par le partage de seringues. Cependant, elle a indiqué deux différences entre l'hépatite B et l'hépatite C.
19. D'abord, le risque de contracter l'hépatite B par le partage de seringues était connu par au moins certains utilisateurs de drogues intraveineuses à la fin des années 70 et au début des années 80, soit plusieurs années avant que le virus de l'hépatite C n'ait été identifié en 1989. Cependant, la Dre Millson a reconnu que probablement seule une minorité de cette population connaissait le risque de l'hépatite B à la fin des années 70 et au début des années 80. Elle a également reconnu que la connaissance des risques du partage de seringues s'est considérablement accrue lorsque le deuxième groupe de cas de VIH/SIDA en 1983-1984 a démontré le rapport entre cette maladie et l'utilisation de drogues intraveineuses. En conséquence, elle a reconnu qu'il est peu probable que la fréquence d'infection par l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues intraveineuses était, de fait, plus élevée avant 1987 que tel que le démontre son rapport couvrant la période de 1992 à 2004. Elle n'aurait probablement pas été inférieure.
20. La deuxième différence entre l'hépatite B et l'hépatite C à laquelle la Dre Millson s'est référée était la suivante : bien que la relation sexuelle et non pas le partage de seringues soit le mode le plus commun de transmission de l'hépatite B, le contact sexuel n'est pas le mode le plus commun de transmission de l'hépatite C. En fait, la transmission de l'hépatite C par contact sexuel, si elle se produit de toute façon, est extrêmement rare. Autrement dit, le fait qu'un utilisateur de drogues intraveineuses soit infecté par l'hépatite B peut s'expliquer par le contact sexuel et non pas par le partage de seringues. En conséquence, la Dre Millson estimait que

même si un utilisateur de drogues intraveineuses était ultimement infecté par les anticorps de l'hépatite B et de l'hépatite C, ce fait devrait seulement être considéré comme augmentant « légèrement » la chance qu'il ait contracté l'hépatite C par suite du partage de seringues.

21. Enfin, la Dre Millson n'a pas reconnu qu'un utilisateur de drogues intraveineuses adopte nécessairement la même attitude face aux questions de pratiques sexuelles sans risque que face aux questions d'utilisation de drogues sans risque. Elle a déclaré que les études dans le domaine du VIH/SIDA ne démontrent pas de corrélation claire entre les deux; c'est-à-dire que le même individu pourrait avoir des relations sexuelles à risque, mais avoir tout de même des accoutumances à la drogue sans risque. D'autre part, il y avait, selon elle, une corrélation entre les accoutumances à la drogue à risque et une absence d'accès à des accessoires et à des sites sûrs. Elle a déclaré que les sites à injection surveillés sont destinés à fournir cet accès aux utilisateurs qui ne pourraient pas autrement en bénéficier, particulièrement les utilisateurs sans foyer et marginalisés.
22. La réclamante a également présenté la preuve experte du **Dr Kumar Gupta**. Il a également fourni son curriculum vitae¹³ complet ainsi qu'une version abrégée.¹⁴ Je présente la version abrégée ci-dessous, avec ajouts de renseignements pertinents provenant de la version plus exhaustive, tels qu'indiqués entre crochets.

[Doctorat en médecine obtenu en 1994 de l'Université du Manitoba, Bourse de recherche en médecine clinique liée aux toxicomanies en 1997-1998, Centre de toxicomanie et de santé mentale]. J'ai pratiqué la médecine pendant 10 ans avec spécialisation en médecine des toxicomanies. [Activités cliniques à temps plein en médecine des toxicomanies/traitement d'entretien à la méthadone]. Je suis détenteur d'un

¹³ Pièce 8.

¹⁴ Pièce 6.

certificat de spécialiste en médecine des toxicomanies [2000] et président du comité de méthadone au Collège des médecins et chirurgiens. Une majorité de mes patients sont atteints d'hépatite C et je les traite et les suis. [Je suis membre de la Société médicale canadienne sur l'addiction]. Je suis également coroner et je travaille au Bureau du coroner.

Je résumerais la preuve et les avis les plus importants du Dr Gupta comme suit.

23. Il a environ 200 patients qui sont des utilisateurs de drogues intraveineuses. Dans cette population de patients, il y a une corrélation étroite entre le partage de seringues et l'état d'hépatite C. Ceux qui sont VHC positifs, soit environ la moitié, ont partagé des seringues et soutiennent même connaître les incidents particuliers de partage de seringues qui ont causé leur infection par l'hépatite C. L'autre moitié, soit ceux qui sont VHC négatifs, n'ont pas partagé de seringues. Là où se situe un patient particulier dépend en grande partie de son statut socio-économique : le partage de seringues n'est pas ce que font les utilisateurs qui ont les ressources nécessaires pour se procurer des seringues propres; c'est ce que font les utilisateurs de la rue, sans-abri, pauvres, qui ont grand besoin d'un fixe.
24. En contre-interrogatoire, on a demandé au Dr Gupta s'il pouvait évaluer le risque d'infection par l'hépatite C par l'entremise de partage de seringues infectées chez les utilisateurs de drogues intraveineuses. Il a répondu qu'il n'était au courant d'aucune façon d'évaluer quantitativement ce risque, mais qu'il était familier avec l'estimation de 1 % mentionnée par la Dre Millson et que cela lui semblait juste. On lui a alors fait remarquer que cette estimation était contraire à sa propre preuve à l'effet que ses patients VHC positifs soutiennent connaître les incidents particuliers de partage de seringues ayant causé leur infection par l'hépatite C, ce qu'ils ne pourraient pas faire si le risque était de seulement 1 %. Le Dr Gupta a répondu qu'il faisait seulement état des témoignages sur les croyances de ses patients, tels que mentionnés par eux dans une situation clinique. Il a déclaré qu'en plus des autres risques d'exposition connus, notamment ceux des tatouages

et des transfusions de sang, la cause de l'hépatite C demeure inconnue chez 20 % de la population infectée. Cependant, il a reconnu qu'il est « axiomatique » que le risque de transmission par le partage de seringues est élevé parce que l'infection peut résulter d'un simple incident de partage de seringues.

25. Le Dr Gupta a témoigné que ses patients ne refusaient pas de lui parler de leurs comportements, « ils me disent tout », et qu'il estimait qu'ils étaient honnêtes avec lui. Il a déclaré qu'il n'avait jamais entendu parler de cas d'utilisateurs de drogues intraveineuses qui combinaient les relations sexuelles et l'usage de drogues intraveineuses, bien qu'il puisse y avoir « des cas isolés » liés à ce comportement. Il a noté que les opiacés, comme l'héroïne, réduisent la libido tant chez les hommes que chez les femmes et qu'ils peuvent entraîner l'impuissance chez les hommes. En conséquence, les utilisateurs des drogues en question cessent d'avoir des relations sexuelles. Le Dr Gupta n'a pas également reconnu que les relations sexuelles avec risque pourraient être analogues ou équivaloir à la volonté de partager des seringues.
26. Le Dr Gupta a témoigné que bien qu'on note généralement des marques de traces sur les bras des utilisateurs de drogues intraveineuses, de telles marques peuvent guérir et disparaître.

Preuve experte présentée par l'Administrateur

27. Le paragraphe 8 (b) du PAT exigeait que l'Administrateur « obtienne l'avis d'un médecin spécialiste expérimenté dans le traitement et le diagnostic du VHC à savoir si l'infection par le VHC et les antécédents de maladie de la personne infectée par le VHC était oui ou non plus compatible avec l'infection au moment des... transfusions au cours de la période visée par les recours collectifs ou... l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance comme indiqué par l'ensemble de la preuve médicale. » L'Administrateur a obtenu l'avis du **Dr Gary E. Garber**, médecin spécialiste médical.

28. Une lettre comprenant l'avis du Dr Garber faisait partie des documents qui m'ont été expédiés à moi ainsi qu'aux parties avant l'audition¹⁵. Lors de l'audition, le Dr Garber a également fourni une copie de son curriculum vitae, soit de 37 pages, rédigé à simple interligne.¹⁶ L'on ne m'a pas fourni de version abrégée mais la plupart des renseignements suivants ont été obtenus auprès du Dr Garber comme réponses aux questions du Conseiller juridique de l'Administrateur. Le Dr Garber a obtenu son doctorat en médecine à Calgary en 1980. Il est devenu spécialiste en médecine interne en 1984 à Toronto et a obtenu une bourse d'études de la division des maladies infectieuses à l'Hôpital général de Vancouver entre 1983 et 1986. De 1986 à 1990, il était professeur adjoint de médecine avec nomination conjointe au département de microbiologie et d'immunologie à l'Université d'Ottawa. En 1990, il est devenu chef de la division des maladies infectieuses au département de médecine à l'Université d'Ottawa. En 1985, il a reçu un certificat de compétence particulière en maladies infectieuses, émis par le Collège royal des médecins du Canada. En 1998, il est devenu membre de la Société des maladies infectieuses d'Amérique. Depuis 2004, il est membre du comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses créé par le ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario » Le Dr Garber a déclaré qu'il a une expérience de plus de vingt ans auprès de plus de 1 600 patients atteints d'hépatite C ou qui étaient autrefois identifiés comme patients atteints d'hépatite non-A non-B. Il a également déclaré qu'il avait de l'expérience en traitement directe auprès d'environ 1 000 patients atteints d'hépatite C au programme d'hépatite virale à l'Hôpital d'Ottawa.
29. Le Dr Garber a fourni un avis dans une lettre adressée à l'Administrateur et datée du 20 novembre 2006. La partie la plus importante de cette lettre se lit comme suit :

¹⁵ Pièce 1, pages 286 et 207.

¹⁶ Pièce 10.

La question clé est de savoir où cette personne a contracté l'infection par l'hépatite C[?]. D'une part, nous avons une unité de sang transfusé qui ne peut pas être retracée. D'autre part, une utilisation importante de drogues intraveineuses par intermittence et au cours d'une période de temps prolongée est bien documentée. La preuve d'une infection naturelle antérieure à l'hépatite B indique aussi effectivement un comportement à risque de transmission de sang et de liquides organiques, que ce soit par l'utilisation de drogues intraveineuses ou par transmission sexuelle ne peut pas être établie de façon définitive.

... Bien que l'on ne puisse pas écarter catégoriquement le faible risque mais risque réel d'une simple unité de sang qui ne peut pas être retracée, il est beaucoup plus probable que l'utilisation de drogues intraveineuses au cours d'une période de temps prolongée permettrait de multiples points d'expositions potentielles, que ce soit suite au partage de seringues ou suite à la contamination des approvisionnements. Ce risque serait également validé par la preuve d'autres expositions à des pathogènes transportés par le sang (hépatite B).

En résumé, selon la prépondérance des probabilités, il est plus probable que cette personne ait été exposée à l'hépatite C par suite de son utilisation de drogues intraveineuses qu'en raison d'une seule unité de sang non retraçable. Selon les renseignements que j'ai pu voir, il m'est impossible de préciser exactement le moment probable de l'infection.

30. Le témoignage oral et autres avis du Dr Garber peuvent se résumer comme suit.
31. Il a fourni d'autres explications à savoir pourquoi les antécédents d'infection par le VHC de la réclamante ne comprenaient rien qui aurait pu lui permettre de tirer une conclusion quant au moment de l'infection. Sa lettre avait décrit les antécédents d'infection par le VHC de la réclamante comme suit :

En 1992, le test d'hépatite indiquait la présence d'anticorps de l'hépatite C dans son organisme et ses tests de la fonction hépatique indiquaient des bonds importants en 1993 alors que le niveau son sérum glutamo-oxalacétique transaminase (SGOT) était monté à 328. Par la suite, elle s'était rendue à une clinique d'hépatite virale [en 1993] à Toronto et les tests de la fonction hépatique à cette occasion étaient normaux et il y avait eu des hauts et des bas dans ses tests de la fonction hépatique avec de légères hausses à certaines occasions au milieu des années 90. Plus récemment en 2003-2004, sa fonction hépatique était demeurée normale et ses tests d'hépatite C démontraient qu'elle était de génotype 1 avec faible charge virale de 9×10^3 . Elle a alors subi une biopsie du foie qui a effectivement démontré des dommages minimes avec fibrose de catégorie 0-1 et une inflammation de catégorie 2.

32. Le Dr Garber a déclaré qu'un bond de SGOT chez la réclamante pourrait indiquer un point possible d'infection au cours des six mois antérieurs et qu'un tel bond a été observé en 1993. Il a également noté qu'il n'y avait aucune preuve qu'un tel bond s'était produit au cours des six mois ayant suivi la transfusion de sang de la réclamante en 1987. Néanmoins, il n'était pas prêt à tirer une conclusion fondée sur cette preuve, ou absence de preuve, au sujet du point d'infection. Il a expliqué que c'est parce qu'un pourcentage non défini de patients ne présente aucun symptôme important au cours des six mois suivant l'exposition à l'hépatite C, ne fournissant ainsi à leur médecin aucune raison d'examiner leur état d'hépatite C à ce moment-là. À cet égard, je note que le cas de la réclamante indique comment un tel bond de SGOT pourrait se produire et disparaître sans que l'état d'hépatite C de la patiente ne soit jamais examiné. Dans une lettre au médecin de famille de

la réclamante datée de 1993,¹⁷, le médecin de la clinique d'hépatite virale à Toronto a fait l'observation suivante :

Voici seulement une note de suivi au sujet de cette dame de 31 ans qui a été incidemment diagnostiquée comme étant atteinte d'hépatite C+ve et qui présentait un niveau anormal de SGOT [AST] de 328 [c'est-à-dire qu'elle n'a pas été testée en raison d'une symptomologie]. Comme je l'ai mentionné dans ma dernière lettre, [la réclamante] était parfaitement asymptomatique au moment où je l'ai vue [le 16 juillet 1993] et en effet, les tests de la fonction hépatique effectués ce jour-là étaient parfaitement normaux sauf pour un total légèrement élevé de bilirubine de 27 umol/L. Cela représente plus probablement la maladie de Gilbert. Il est certain que [la réclamante] présentait une poussée active d'hépatite C au moment où vous l'avez vue et elle s'en est remise. [La réclamante] se sent parfaitement bien à l'heure actuelle et désire se retirer de la clinique d'hépatite. Je lui ai expliqué que l'hépatite C est une maladie chronique et qu'elle a besoin de suivi. ...

33. Le Dr Garber a également expliqué pourquoi le fait que la réclamante était demeurée asymptomatique n'aide pas à établir le moment de son infection. Les patients qui ont été exposés à l'hépatite C et qui se sont avérés positifs aux anticorps ne sont pas tous atteints d'hépatite C et, pour ceux qui le sont, il faut normalement 15 ans pour que les symptômes apparaissent. Comme la réclamante est asymptomatique, il serait donc compatible qu'elle ait été infectée après sa transfusion de sang et que l'infection n'ait simplement pas encore eu assez de temps pour évoluer en une hépatite C. Mais ce serait également compatible qu'elle ait été infectée à n'importe quel moment, avant, pendant ou après sa transfusion de sang et que son infection n'ait jamais évolué en une hépatite C.

¹⁷ Pièce 1, page 97.

34. D'autre part, le Dr Garber estimait que la Dre Millson avait surestimé le risque d'infection par suite de la transfusion d'une simple unité de sang reçu au cours de la période visée par les recours collectifs. À son avis, le risque n'était pas de 1 sur 400, soit de 0,25 %, mais plutôt de 1 sur 1 000, soit de 0,01 %. Il a également réitéré que bien que nous sachions que la réclamante avait été exposée à ce risque à une occasion seulement, elle aurait pu avoir été exposée aux risques du partage de seringues ou d'eau infectées par le VHC à plusieurs occasions. Il a déclaré que plus une personne fait usage des drogues intraveineuses, plus les possibilités qu'il y ait des infractions ou des compromis dans les précautions prises sont élevées. Il a également déclaré que la toxicomanie et les maladies connexes peuvent affecter la mémoire et qu'il a parlé à certains utilisateurs de drogues intraveineuses qui ne pouvaient même pas se rappeler où ou quand ils s'étaient injectés. Il a également suggéré que certains utilisateurs de drogues intraveineuses pourraient nier avoir partagé des seringues dans le passé parce qu'ils connaissent maintenant « les règles du jeu ». Néanmoins, il a reconnu que certains utilisateurs de drogues intraveineuses s'injectent réellement en privé.
35. Le Dr Garber n'était également pas d'accord avec l'évaluation de la Dre Millson à l'effet que le risque d'infection par suite d'une seule utilisation d'une seringue ou d'eau infectée par l'hépatite C était seulement de 1 %. Il a soutenu qu'une telle évaluation ne pouvait sûrement pas être fondée sur des blessures causées par des seringues infectées par l'hépatite C. La différence entre les deux était, a-t-il précisé, que bien que les utilisateurs de drogues intraveineuses ont l'intention de s'introduire des substances dans les veines, les victimes de blessures accidentelles causées par des seringues n'ont pas cette intention. Il a reconnu que des études pilotes ne pourraient jamais être effectuées pour mieux vérifier les risques du partage de seringues ou d'eau, mais il a déclaré qu'à son avis, le risque d'infection par le partage de seringues ou d'eau infectées par l'hépatite C était extrêmement élevé. De plus, il a témoigné que bien que les risques du partage de seringues étaient mieux connus après 1984, en raison de la peur du VIH/SIDA, les risques de partager de l'eau lors de l'utilisation de drogues intraveineuses n'étaient pas

bien connus par les utilisateurs de drogues intraveineuses avant les dix dernières années.

36. Le Conseiller juridique de l'Administrateur a attiré l'attention du Dr Garber sur le fait que lorsque la réclamante avait été admise à l'hôpital en juillet 1987 suite à son accident de voiture, un des médecins avait déclaré dans un rapport : « Il s'agit d'une prostituée ».¹⁸ Ce fut la seule fois au cours de la preuve orale que cette question a été mentionnée, mais je note qu'il y avait d'autre preuve documentaire indiquant que la réclamante aurait peut-être travaillé comme prostituée.¹⁹ La réclamante a obtenu cette preuve documentaire avant l'audience mais n'a fait aucune tentative pour nier son exactitude dans sa propre preuve et n'a donné aucune preuve en réponse à celle du Dr Garber. Du point de vue du Dr Garber, un usager de drogues intraveineuses qui vend ses faveurs sexuelles pour obtenir de l'argent afin de se procurer de la drogue est moins porté à être prudent lorsqu'il fait usage de drogues intraveineuses.

Autres témoins

37. Deux autres personnes ont témoigné au cours de l'audience au nom de la réclamante : **Madame Lori Naylor** et **M. Raffi Balian**. Les deux ont parlé de leur travail avec les usagers de drogues intraveineuses et de leur connaissance du comportement des usagers de drogues intraveineuses. Cependant, comme ni l'un ni l'autre n'étaient en mesure de témoigner au sujet du comportement de la réclamante alors qu'elle faisait usage de drogues intraveineuses, leur preuve s'est avérée de peu d'utilité pour moi.

¹⁸ Pièce 1, p. 263 mais on en fait également mention dans la pièce 2, p. 58. La pièce 2 est l'ensemble de documents fourni par l'Administrateur au Dr Garber. Elle ne comprend pas tous les documents contenus dans la pièce 1. La pièce 2 notamment ne comprend pas le résumé fourni au Dr Garber, la réponse qu'il donne dans sa lettre ou l'analyse subséquente faite par l'Administrateur de la réclamation. Ces documents se trouvent uniquement dans la pièce 1. La pièce 1 et la pièce 2 ont également une pagination différente.

¹⁹ Il y a des références dans les notes du médecin de famille de 1992 de la tentation de la réclamante de « tapiner », soit pour obtenir de l'argent ou comme moyen de « passer à l'acte ». Pièce 1, pages 159 à 161.

38. **Madame Carol Miller**, infirmière autorisée et coordonnatrice des renvois et arbitrages auprès de l'Administrateur, a témoigné au sujet du processus utilisé pour en arriver à la décision de rejeter la réclamation. Elle a déclaré que le « Comité de quatre membres sur les usagers de drogues intraveineuses » s'est servi d'une grille qui identifie les sept facteurs décrits au paragraphe 12 du PAT – ceux qui appuieraient le droit de la réclamante – et les sept facteurs décrits au paragraphe 13 du PAT – ceux qui n'appuieraient pas le droit de la réclamante. La grille a été déposée comme preuve.²⁰ Comme dans les paragraphes 12 et 13 du PAT, la grille indique ce qui suit : « ... aucun de ces facteurs ne peut s'avérer concluant dans les cas individuels parce que l'Administrateur doit tenir compte de l'ensemble de la preuve... ». Madame Miller a témoigné que le Comité sur les usagers de drogues intraveineuses a conclu qu'aucun facteur de la première série de sept facteurs n'appuierait la réclamation et que trois facteurs de la deuxième série de sept facteurs n'appuieraient pas la réclamation. En conséquence, Madame Miller a déclaré que le Comité sur les usagers de drogues intraveineuses avait décidé de rejeter la réclamation.
39. Pendant que Madame Miller présentait la preuve, des questions ont été soulevées au sujet du processus utilisé pour tenter de retracer le donneur de l'unité de sang non retraceable que la réclamante avait reçu en juillet 1987. Les parties ont convenu d'ajourner l'audience afin que j'ordonne à l'Administrateur « de demander à la Société canadienne du sang d'inclure dans le résumé du retraçage des renseignements sur les mesures prises par l'agence de retraçage pour retrouver le dernier donneur [de l'unité non retraceable de sang], et d'indiquer s'il y avait d'autres mesures supplémentaires à prendre par la Société canadienne du sang pour retrouver le donneur non identifié ». Dans une lettre adressée à Madame Miller datée du 17 juin 2008²¹, la Société canadienne du sang a répondu que l'unité de sang dont il était question avait été :

²⁰ Pièce 1, p. 288.

²¹ Pièce 10.

... soumise à nos procédures standards d'opération qui comprenaient un processus décrit pour l'identification des donneurs. Ce processus comprenait une tentative de communiquer par téléphone avec le donneur, en utilisant le numéro de téléphone en dossier auprès de la SCS, mais le numéro de téléphone était « hors service ». Les renseignements sur le donneur ont ensuite été transmis à l'agence de retraçage TRAX le 22 octobre 2004. Le 30 novembre 2004, Trax a indiqué ne pas pouvoir retracer le donneur.

Voici comment la lettre de la SCS se lisait :

La SCS a récemment communiqué avec l'entreprise TRAX et a vérifié qu'elle ne peut divulguer les méthodes qu'elle emploie pour retracer les personnes pour la SCS. Il existe un contrat de divulgation obligatoire au sens de la loi, ainsi que des prescriptions détaillées pour leur usage spécifique pour la SCS, lorsqu'elle communique avec les gens. L'agence de retraçage convient de se soumettre à toute législation et loi lorsqu'elle agit au nom de la SCS. Tous les renseignements recueillis demeurent confidentiels. Les seuls renseignements qu'elle fournit à l'agence de retraçage est le numéro du cas, le ou les noms de la personne, la date de naissance, la dernière adresse connue et, possiblement, le numéro de téléphone. L'agence TRAX fait rapport en deçà de 30 jours avec l'indication « personne non retracée » ou des renseignements portant sur un (nouveau) nom, une adresse et un numéro de téléphone courants. Si les renseignements sont vérifiés par la SCS et qu'ils s'avèrent corrects, la SCS paie alors le montant convenu pour le service. Si les renseignements ne sont PAS corrects et que la SCS dit qu'il ne s'agit PAS de la personne qu'elle recherche, la SCS avise l'agence de retraçage et les frais sont retirés.

La documentation indique clairement que toutes les mesures ont été prises, en conformité avec les procédures standards d'opération de la SCS, pour tenter de retracer le donneur dans le cas présent. Aucune autre mesure ne peut ou ne sera prise.

Analyse de la décision du Comité

40. Tel qu'indiqué dans le témoignage de Madame Miller, le Comité sur l'usage de drogues intraveineuses a appliqué le PAT au moyen d'une grille qui reprenait les termes employés aux paragraphes 12 et 13. À mon avis, la confiance accordée par le Comité à cette grille posait problème pour plusieurs raisons. Premièrement, la grille ne permettait que la réponse « oui », « non » ou « non pertinent » pour chacun des facteurs, ce qui généralement a eu comme effet d'accorder une pondération uniforme à tous les facteurs bien que, comme nous le verrons, cela a parfois eu comme conséquence de doubler la pondération attribuée à des facteurs individuels. Deuxièmement, la grille ciblait les termes employés aux paragraphes 12 et 13, ainsi que la preuve visée par ces mêmes paragraphes plutôt que les termes prévus par le PAT vu dans son ensemble et son obligation de « pondérer l'ensemble de la preuve ». Troisièmement, elle ignorait une contrainte importante imposée à la réclamante d'obtenir une preuve à l'appui de sa réclamation.
41. La contrainte imposée à la réclamante pour qu'elle obtienne une preuve à l'appui de sa réclamation a trait au premier facteur indiqué au paragraphe 12(a) du PAT : « l'existence d'un donneur VHC positif pour une transfusion sanguine reçue au cours de la période visée par les recours collectifs ». La réclamante devait prouver qu'elle avait été infectée *pour la première fois* par suite de sa transfusion de sang. Elle ne pouvait pas obtenir gain de cause seulement en prouvant que sa transfusion comprenait du sang reçu d'un donneur ayant obtenu un résultat positif au test de détection des anticorps du VHC. Cela n'aurait pas indiqué qu'elle avait été infectée pour la première fois par suite de la transfusion. Néanmoins, si elle

avait été en mesure de prouver que sa transfusion comprenait du sang reçu d'un donneur ayant obtenu un résultat positif au test de détection des anticorps du VHC, le reste de son fardeau de la preuve aurait été définitivement moins lourd. Elle aurait alors pu faire valoir que, en bout de ligne, elle aurait été infectée par sa transfusion de toute façon et qu'elle n'avait alors qu'à prouver que son utilisation de drogues intraveineuses antérieure à sa transfusion ou ses autres facteurs de risque courus antérieurement à sa transfusion, n'avaient pas été la cause de sa première infection. Elle n'a pas été en mesure d'alléger ainsi son fardeau de la preuve parce qu'elle n'était pas en mesure d'obtenir une preuve ou de contester la preuve en rapport avec le retraçage. Elle a dû se fier à l'Administrateur qui, de son côté, s'est fié à la Société canadienne du sang (SCS) qui, à son tour, s'est fiée aux employés de l'agence des enquêteurs TRAX qui, à leur tour, n'étaient apparemment pas tenus « de divulguer les méthodes qu'ils utilisaient pour retracer les personnes pour le compte de la SCS ». La SCS était confiante que « toutes les mesures avaient été prises » et peut-être qu'elles l'ont été mais, à mon avis, il importe que la réclamante n'était pas en mesure de s'acquitter de son fardeau de la preuve en rapport avec ce facteur ou de vérifier ou contester l'enquête qui a mené à un retraçage non concluant. Cela ne change pas le fait qu'on n'ait pas trouvé de donneur ayant obtenu un résultat positif au test de détection des anticorps du VHC; ni ne rend-il ce fait non pertinent. À mon avis, cela réduit le poids qui devrait être attribué à ce facteur. Selon la grille, ce facteur a reçu le même poids que les six autres facteurs énumérés au paragraphe 12.

42. Le premier facteur mentionné au paragraphe 13(a) du PAT a également trait au retraçage : « absence de donneur VHC positif pour les transfusions sanguines reçues au cours de la période visée par les recours collectifs ». Les membres du Comité ont noté ici comme ils l'ont fait pour le paragraphe 12(a), qu'aucun donneur VHC positif n'avait été retrouvé ». Dans l'application de la grille, ce facteur a ensuite été traité comme facteur contraire à l'appui de la réclamation, ce qui a eu comme effet de doubler le poids accordé au facteur négatif à savoir qu'aucun donneur positif n'avait été retrouvé, en vertu du paragraphe 12(a) et

également en vertu du paragraphe 13(a). De fait, il aurait fallu le traiter comme un facteur neutre en vertu du paragraphe 13(a). Parce que, dans ce cas, la raison pour laquelle « on n'avait pas réussi à identifier une transfusion de sang reçue au cours de la période visée par les recours collectifs d'un donneur ayant obtenu un résultat positif au test de détection des anticorps du VHC » était qu'une des unités transfusées à la réclamante n'avait pu être retracée.²² Ce fait était en soi un facteur neutre et non un facteur négatif.

43. Selon le paragraphe 12(b) du PAT, ce facteur aurait été un facteur favorable à la réclamante si elle avait eu moins de 18 ans au moment de la transfusion. Comme elle avait 26 ans au moment de la transfusion, elle n'a pas tiré profit de ce facteur. En appliquant la grille, le Comité a considéré ce facteur comme étant un facteur négatif et lui a accordé le même poids qu'aux six autres facteurs mentionnés au paragraphe 12. Il est évident que ce facteur visait à protéger les personnes mineures et on ne peut pas lui attribuer un poids nul. Cependant, il n'exige pas que le Comité, et il n'exige pas de ma part, qu'on lui attribue un poids spécifique quelconque lors de l'étude de l'admissibilité de personnes de 18 ans ou plus.
44. Les facteurs identifiés aux paragraphes 12(c) et 12(e) du PAT ont tous deux trait à la période d'utilisation de drogues intraveineuses. Le paragraphe 12(c) stipule qu'il aurait été un facteur favorable à la réclamante si « une preuve fiable établit que l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance a eu lieu après le 1^{er} juillet 1990 ». De la même manière, le paragraphe 12(e) stipule qu'il aurait été un facteur favorable à la réclamante s'il y avait « une preuve raisonnablement fiable que l'utilisation de drogues intraveineuses sans ordonnance est postérieure aux... transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs)... »

²² Bien entendu, une autre raison précisant pourquoi « on n'a pas réussi à identifier une transfusion de sang reçue au cours de la période visée par les recours collectifs d'un donneur ayant obtenu un résultat positif au test de détection des anticorps du VHC » serait que tous les retraçages étaient négatifs. Cependant, selon le paragraphe 6 du PAT, le PAT ne s'applique pas « si le résultat d'une enquête de retraçage est tel que le PAT portant sur l'enquête de retraçage requiert que l'Administrateur rejette la réclamation de la personne infectée par le VHC ». Si les retraçages étaient tous négatifs, l'article 3.04 du Plan exigeait que l'Administrateur rejette la réclamation sans effectuer d'autres enquêtes.

Comme la réclamante a commencé à faire usage de drogues intraveineuses plusieurs années avant sa transfusion de sang en 1987 et le 1^{er} juillet 1990, elle n'a pas tiré profit de l'un ou l'autre de ces facteurs. Mais ces facteurs sont importants uniquement dans les cas où il est possible d'établir selon les antécédents de la maladie que l'infection avait probablement eu lieu avant ou pendant la période visée par les recours collectifs, de 1986 à 1990, s'éloignant donc ainsi de l'usage de drogues intraveineuses comme la cause probable de la première infection. Lorsque l'infection pourrait avoir eu lieu avant ou après 1990, comme dans le cas de la réclamante, la *période* d'usage de drogues est, en soi, d'aucune aide dans l'établissement de la cause probable de la première infection. Selon la grille, ces facteurs ont néanmoins reçu le même poids que les cinq autres facteurs énumérés au paragraphe 12.

45. Les paragraphes 12(d) et 13(b) du PAT portent spécifiquement tous deux sur le facteur de l'évolution de la maladie. Dans le cas présent, l'évolution de la maladie était conforme au fait que la réclamante avait été infectée suite à la transfusion de sang reçue en 1987 et suite à son usage de drogues intraveineuses, ce qui en fait donc un facteur neutre. Lors de l'application de la grille, le Comité a reconnu la neutralité de ce facteur en répondant « non » au facteur indiqué au paragraphe 12(d) et « oui » au facteur indiqué au paragraphe 13(b), notant dans les deux cas l'incapacité du Dr Garber à identifier le moment de l'infection. Ces réponses qui s'annulent automatiquement ont donné le bon résultat, mais elles démontrent l'accent mis par le Comité sur les facteurs énumérés aux paragraphes 12 et 13 et sa détermination à appliquer la grille.
46. Les facteurs indiqués aux paragraphes 12(f) et 13(c) du PAT ont tous deux trait au nombre d'occasions où l'usage de drogues intraveineuses a eu lieu et s'il a eu lieu avec des accessoires non stériles ou partagés. Le paragraphe 12(f) indique que le facteur peut être perçu comme étant positif uniquement s'il y a « une preuve raisonnablement fiable qui établit que l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance s'est limité à une seule occasion et a été fait avec des accessoires

stérilisés non partagés ». (C'est moi qui souligne) De la même manière, le paragraphe 13(c) indique que le facteur peut être perçu comme facteur négatif uniquement s'il y a « une preuve raisonnablement fiable qui établit que l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance s'est limité à une seule occasion ou a été fait avec des accessoires non stérilisés ou partagés ». En d'autres mots, lorsqu'on en fait une lecture indépendante, les deux paragraphes semblent dire que s'il est établi que la réclamante a fait usage de drogues intraveineuses à plus d'une occasion, il importe peu qu'elle prétende également qu'à chaque occasion, elle a fait usage d'accessoires stérilisés non partagés ou qu'elle fournisse une preuve à cet effet. Cela semble indiquer la manière dont le Comité a compris ces paragraphes. Il a dûment noté dans les deux parties de la grille que la réclamante « déclare n'avoir jamais partagé » mais n'a pas tenté de soupeser ou d'évaluer la fiabilité de cette affirmation. Il a conclu au lieu que les deux facteurs devraient être vus comme facteurs négatifs, apparemment uniquement en raison des nombreuses occasions où la réclamante a fait usage de drogues intraveineuses.

47. Je ne puis convenir qu'on ne puisse pas attribuer un poids au témoignage d'une réclamante à l'effet qu'elle n'a jamais partagé de seringues ou de drogues uniquement parce qu'elle a admis avoir fait usage de drogues à plusieurs occasions. À mon avis, cette interprétation restreinte des paragraphes 12(f) et 13(c) est contraire au paragraphe 9 du PAT qui stipule que « l'Administrateur doit soupeser l'ensemble de la preuve ». Cette exigence est ensuite reprise au début des paragraphes 12 et 13 du PAT, avec l'énoncé suivant : « aucun de ces facteurs [tels qu'indiqués dans ces paragraphes] ne peuvent être concluants dans une situation particulière »²³. En outre, le paragraphe 11(d) du PAT permet à la réclamante de fournir une preuve par affidavit portant sur l'un ou l'autre des éléments suivants : « si les accessoires utilisés pour l'injection de drogue étaient stérilisés; si la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC a partagé des

²³ Cette interprétation se retrouve également dans la grille utilisée par le Comité sur l'usage de drogues intraveineuses mais, tel que précisé antérieurement, il ne semblerait pas qu'en appliquant les paragraphes 12(f) et 13(c) du PAT, le Comité ait considéré d'autres éléments que le fait que la réclamante ait utilisé des drogues intraveineuses à plusieurs occasions.

seringues; la meilleure estimation du nombre de fois et de la période au cours de laquelle la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC a fait usage de drogues intraveineuses sans ordonnance ». Je reconnais que le paragraphe 11(d) semble exiger qu'une preuve par affidavit provienne de la réclamante « et d'une personne qui a connu la personne qui prétend être une personne infectée par le VHC au moment où elle a fait usage de drogue intraveineuse sans ordonnance » (C'est moi qui souligne). Cependant, en considération de la directive claire du PAT de soupeser l'ensemble de la preuve, je suis convaincu que le Comité était fondé, comme moi également, à considérer la preuve de la réclamante à l'effet qu'elle n'avait jamais partagé de seringues ou de drogues bien qu'elle ait fait usage de drogues intraveineuses à plusieurs occasions et bien que sa preuve n'ait pas été appuyée par celle d'autres personnes qui l'ont connue aux divers moments où elle a fait usage de drogues intraveineuses.

48. Les paragraphes 12(g) et 13(d) du PAT portent tous deux sur la question de l'exposition à l'hépatite B avant la date de sa transfusion de sang. Le fait que la réclamante avait été exposée à l'hépatite B avant la date de sa transfusion de sang constituait un autre facteur négatif dans son cas. Mais en fournissant des réponses négatives dans les deux parties de sa grille, le Comité a de nouveau doublé le poids de ce qui de fait n'était réellement qu'un seul facteur négatif. À mon avis, les paragraphes 12(g) et 13(d) exigeaient que le Comité, ainsi que moi-même, accordions un certain poids à l'exposition de la réclamante à l'hépatite B avant la date de sa transfusion de sang. Cependant, ils n'exigeaient pas que le Comité, ainsi que moi-même, accordions un poids spécifique à ce facteur.
49. Le paragraphe 13(e) du PAT soulève la question à savoir si la réclamante avait refusé ou non « de permettre à l'Administrateur d'interroger une personne qui, de l'avis de l'Administrateur, était susceptible de donner des renseignements sur l'usage de drogue intraveineuse sans ordonnance ou sur les antécédents de maladie de la personne qui prétendait être une personne infectée par le VHC ». Il

n'y a aucune preuve à l'effet que la réclamante n'ait jamais refusé de permettre de telles enquêtes. Le Comité a néanmoins choisi la réponse « S/O », sans objet, lorsqu'il a appliqué sa grille. La réponse correcte aurait été « non », il n'y a jamais eu un tel refus. Comme le Comité a considéré les réponses « non » aux facteurs indiqués au paragraphe 12 comme étant des facteurs négatifs, il aurait alors considéré une réponse « non » à un facteur indiqué au paragraphe 13 comme étant un facteur positif. La réponse « S/O » ne permettait pas cette approche. Ni ne permettait-elle pas au Comité de considérer ce facteur lors de l'évaluation de la fiabilité de la réclamante bien qu'encore une fois, il n'y a aucune indication à l'effet que le Comité aurait tenté d'évaluer la fiabilité de la réclamante.

50. Le paragraphe 13(e) porte sur les renseignements qui peuvent être obtenus suite à la vérification des *dons* de sang d'un réclamant. Le Comité a noté que, dans le présent cas, la réclamante n'a « jamais donné de sang » et a répondu « S/O », sans objet, comme réponse à ce facteur.
51. Le paragraphe 13(g) pose la question à savoir si le dossier indique s'il existe ou non des renseignements indiquant de *quelque autre manière* la présence d'une infection par le VHC par suite de l'usage de drogues intraveineuses sans ordonnance *avant* ... les transfusions reçues au cours de la période visée par les recours collectifs (C'est moi qui souligne). Le Comité a répondu « non » à ce facteur, notant uniquement que la réclamante était VHB positive avant sa transfusion de sang, un facteur qui a déjà été tenu en compte aux paragraphes 12(g) et 13(d). En fait, l'avis que le Comité avait obtenu du Dr Garber lui aurait permis de répondre « oui » à cette question. Voici ce qu'il a dit dans ce cas :
« Bien qu'on ne puisse pas faire abstraction de façon catégorique du faible risque mais risque réel d'une seule unité de sang qui ne peut être retracée, il est beaucoup plus probable que l'utilisation de drogues intraveineuses au cours d'une période prolongée aurait permis de nombreux points d'exposition possibles, que ce soit en raison du partage de seringues ou de la contamination de l'approvisionnement ». Cet énoncé a plus que répété les antécédents d'usage de

drogues intraveineuses de la réclamante, un facteur déjà tenu en compte par le Comité. Le Dr Garber a également fait part d'un avis sur le risque comparatif qui indique l'usage de drogues intraveineuses, non la transfusion de sang, comme la cause probable de la première infection.

Mon analyse et ma conclusion

52. Je conclus que le Comité n'a pas évalué deux facteurs importants dans la décision de cette réclamation : le risque comparatif d'une infection suite à l'usage de drogues intraveineuses par opposition à une transfusion de sang et la crédibilité de la réclamante. Pour être juste, le PAT ne fait aucune mention de ces facteurs de façon spécifique. En outre, j'ai reçu plus de preuve au sujet du risque comparatif que le Comité, et j'ai également eu l'occasion d'évaluer la crédibilité de la réclamante au cours du processus d'audition. Néanmoins, la preuve relativement à ces deux facteurs est devenue partie intégrante de « l'ensemble de la preuve » devant moi en rapport avec ces deux facteurs, et à mon avis, il faut l'évaluer afin d'appliquer le PAT comme il se doit.
53. J'aborde d'abord la question du risque comparatif, la preuve de la Dre Millson et du Dr Garber indiquent que d'un point de vue statistique, le risque d'infection suite au partage unique d'une seringue ou d'eau par les usagers de drogues intraveineuses était plus grand que le risque d'infection suite à la transfusion d'une seule unité de sang reçue au cours de la période visée par les recours collectifs. Le Dr Garber a évalué un niveau plus faible de risque suite à une transfusion de sang, 1 sur 1 000, que la Dre Millson, qui a évalué ce risque à 1 sur 400. Je note, cependant, que le Dr Garber a témoigné à l'occasion d'un autre cas où ce risque était d'environ 1 sur 1 000 et 1 sur 100²⁴, ce qui situerait son estimation plus près de celle de la Dre Millson. Néanmoins, selon la preuve devant moi, le risque statistique d'une infection par suite d'une seule occasion du partage d'une seringue ou d'eau par les usagers de drogues intraveineuses

²⁴ Voir le paragraphe 16, page 11, du document intitulé « Décision 13602 » émis le 28 novembre 2007.

semblait être au moins le double du risque d'infection par suite d'une transfusion d'une seule unité de sang reçue au cours de la période visée par les recours collectifs.

54. Et cependant, tel que noté par le tribunal au paragraphe 37 de sa décision dans *Parsons c. la Société canadienne de la Croix-Rouge* 51 C.P.C. (3d) 261: il serait « éminemment injuste d'exclure une personne en se fondant sur un groupe statistique sans tenir compte des attributs ou des circonstances de la personne ». Dans le cas présent, il serait injuste d'exclure la réclamante en se fondant sur une estimation qui présumait qu'elle avait partagé des seringues ou de l'eau avec d'autres utilisateurs de drogues intraveineuses sans tenir compte de sa preuve à savoir qu'elle n'avait jamais fait usage de seringues ou de drogues. En quelques mots, tel que je le vois, cette réclamation ne peut être décidée sans évaluer la crédibilité de la réclamante. Cette évaluation doit tenir compte à la fois de la possibilité ou de la probabilité qu'elle était prête à donner un faux témoignage et de la possibilité ou de la probabilité que sa preuve était inexacte, peu importe si elle la croyait véridique ou non.
55. Le Conseiller juridique de l'Administrateur a soutenu qu'il fallait évaluer la crédibilité de la réclamante à la lumière de la preuve suivante :
- a) les nombreux manques de cohérence de ses déclarations et sa preuve concernant les périodes d'usage de drogues intraveineuses.
 - b) son ignorance probable des risques du partage de seringues ou d'eau lorsqu'elle avait commencé à faire usage de drogues intraveineuses en 1977 en raison de sa propre jeunesse à cette époque et du fait que la crainte du VIH/SIDA n'avait pas encore eu lieu, entraînant une plus grande sensibilité à ces risques.
 - c) sa volonté d'avoir des relations sexuelles non protégées durant des périodes contemporaines, faisant preuve d'un manque de prudence à ne pas vouloir se protéger contre les maladies infectieuses.

- d) la preuve que parfois elle avait combiné relations sexuelles et usage de drogues, démontrant ainsi qu'elle ne préférait pas toujours être seule lorsqu'elle faisait usage de drogues intraveineuses.
- e) la preuve qu'elle travaillait comme prostituée et la preuve du Dr Garber à savoir qu'elle était, au moins au cours de ces périodes, moins portée à être prudente dans son utilisation de drogues intraveineuses.
- f) le fait que la réclamante était VHB positive avant sa transfusion de sang.

56. Quant au sous-paragraphe a), il y a eu en effet de nombreuses contradictions dans les déclarations de la réclamante et la preuve qu'elle a fournie en rapport avec les périodes où elle avait fait usage de drogues intraveineuses. Toutefois, je note qu'au tout début du processus de réclamation, avant que je n'obtienne des documents médicaux, la réclamante avait admis à l'Administrateur et à son médecin qu'elle avait fait usage de drogues intraveineuses à plusieurs occasions avant sa transfusion de sang en 1987. Plus tard, elle avait en outre fait des déclarations parfois conflictuelles relativement aux occasions où elle avait utilisé des drogues intraveineuses. Cela n'était pas le comportement d'une réclamante qui tentait de cacher ses antécédents relatifs à son utilisation de drogues intraveineuses. À mon avis, le fait qu'elle avait donné une preuve conflictuelle sur les *occasions* où elle avait utilisé des drogues intraveineuses n'indique pas qu'elle a donné une preuve fausse ou inexacte sur la *façon* dont elle avait utilisé des drogues intraveineuses. J'accepte qu'elle aurait pu s'être trompée au sujet des périodes, qui étaient nombreuses, mais honnête et juste quant à ce qu'elle a décrit comme étant sa pratique universelle : elle n'a *jamais* partagé de seringues ou de drogues.
57. Il y a également eu preuve à l'appui de chaque sous-paragraphe b), c), d) et e). Mais même si la réclamante ignorait les risques du partage de seringues ou d'eau, j'accepte qu'elle aurait pu avoir *généralement* préféré faire usage de ses drogues intraveineuses en privé, utilisé les drogues « en cachette » et n'avoir jamais été prête à les partager avec des partenaires sexuelles en raison du coût d'achat élevé.

À mon avis, il n'y a rien d'essentiellement non plausible dans la preuve de la réclamante à ces égards. Au contraire, sa preuve m'a semblé être plausible étant donné qu'elle a commencé à faire usage des drogues intraveineuses chez sa mère et qu'elle a pu, durant certaines périodes, payer pour se procurer des drogues en travaillant comme prostituée. D'un autre côté, si la réclamante était consciente des risques du partage de seringues et d'eau, j'accepte la preuve de la Dre Millson et du Dr Gupta à savoir qu'il n'y a pas nécessairement de lien entre la volonté de l'utilisateur de drogues intraveineuses à courir des risques en matière de relations sexuelles et sa volonté de courir des risques en utilisant des drogues intraveineuses.

58. Quant au sous-paragraphe f), le fait que la réclamante était VHB positive avant sa transfusion de sang, je reconnais, tel que l'exige le PAT, que ce fait augmente la *possibilité* que la réclamante ait contracté l'hépatite B et l'hépatite C avant sa transfusion de sang par suite de son utilisation de drogues intraveineuses. Cependant, comme il n'y a pas d'autre preuve à l'appui de ce fait, il y a la preuve fournie par la Dre Millson à savoir que les relations sexuelles, et non le partage de seringues, est le mode de transmission de l'hépatite B le plus commun. J'accorde donc peu de poids à ce facteur.
59. J'accorde également peu de poids au fait que la réclamante n'avait pas moins de 18 ans au moment de sa transfusion de sang. Ce facteur peut aider les réclamants de moins de 18 ans, mais il ne devrait pas, à mon avis, servir à miner les réclamations présentées par les personnes de 18 ans et plus.
60. Je soumets trois raisons pour favoriser la crédibilité de la réclamante :
- a) dès le début de sa réclamation, elle a admis qu'elle avait fait un usage important de drogues intraveineuses avant la transfusion.

b) elle n'a jamais refusé de permettre à l'Administrateur d'obtenir des documents ou d'interviewer toute personne pouvant avoir été au courant de son utilisation de drogues intraveineuses.

a) vers la fin de l'audition, elle a consenti à mon ordonnance d'exiger que l'Administrateur demande à la SCS de donner son avis quant à la possibilité de prendre d'autres mesures pour retracer le donneur de l'unité de sang « non retraçable » qu'elle a reçue en 1987; avant de rédiger cette ordonnance sur consentement, j'ai soigneusement expliqué à la réclamante qu'elle courait le risque que le donneur pourrait être retracé, que le sang du donneur pouvait s'avérer anti-VHC négatif et que sa réclamation serait alors obligatoirement rejetée; elle y a néanmoins consenti et ce, sans hésitation.

61. La réclamante devait s'acquitter du fardeau de la preuve, selon la prépondérance des probabilités, qu'elle avait été infectée pour la première fois par le VHC par suite de sa transfusion de sang reçue en juillet 1987. Je conclus que la réclamante s'est acquittée de ce fardeau en établissant, selon la prépondérance des probabilités, que bien qu'elle avait fait usage de drogues intraveineuses, elle n'avait jamais partagé de seringues ou de drogues intraveineuses. Elle n'a pas témoigné de façon spécifique à savoir qu'elle n'avait jamais partagé d'eau mais je suis convaincu qu'elle n'avait pas raison de le faire à moins qu'elle n'ait partagé des drogues. Pour ces raisons, j'annule la décision de l'Administrateur et j'accueille la réclamation.

Signature sur original

David Leitch, juge arbitre

Le 18 août 2008

Date